

MASENNUSTILAN JA SEN KOMORBIDITEETTIEN DIAG-
NOSTIIKAN RELIABILITEETTI ERIKOISSAIRAANHOI-
DOSSA

Anni Helminen
Syventävien opintojen kirjallinen työ
Tampereen yliopisto
Lääketieteen ja biotieteiden tiedekunta
Helmikuu 2018

Tampereen yliopisto
Lääketieteen ja biotieteiden tiedekunta

HELMINEN ANNI: MASENNUSTILAN JA SEN KOMORBIDITEETTIENTEN DIAGNOSTIIKAN RELIABILITEETTI ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA

Kirjallinen työ, 23 s.
Ohjaaja: apulaisprofessori Olli Kampman

Helmikuu 2018

Avainsanat: masennustila, monihäiriöisyys, diagnostiikka, osuvuus

Masennustilan monihäiriöisyys on yleistä. Ahdistuneisuushäiriöt sekä päihdehäiriöt ovat masennuksen tavallisia komorbideja tiloja. Hoidon kannalta on olennaista tietää, onko kyseessä monihäiriöinen masennustila, sillä ennuste huononee ja hoidon pituus pitkittyy, mikäli masennustilan lisäksi on muitakin häiriöitä. Terapian sisältö tulee myös laatia kaikkien potilaalla olevien häiriöiden mukaan. Psykiatrinen diagnostiikka on kehittynyt viime vuosikymmeninä ja kehitys on alati jatkuvaa. Mahdollisesti tästä syystä strukturoitu lähestyminen diagnostiikassa ei ole vielä saanut tarpeeksi suurta jalansijaa, vaan diagnooseihin päädytään useimmiten pelkän kliinisen haastattelun avulla.

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin kliinisten masennustila-, ahdistuneisuushäiriö- ja päihdehäiriödiagnoosien reliabiliteettia eli yhteneväisyyttä strukturoidun MINI-haastattelun avulla, sekä vertailtiin, onko iällä tai sukupuolella vaikutusta osuvuuteen.

Aineistona käytettiin Etelä-Pohjanmaalla kerättyä Masennustalkoot II -aineistoa, joka koostui psykiatriseen erikoissairaanhoidon vuosina 2009–13 lähetetyistä potilaista. Sisäänottokriteerinä oli BDI (Beck Depression Inventory) vähintään 17 pistettä ja poissulkukriteereinä psykoottiset tilat sekä orgaaniset aivosairaudet. Valituille potilaille tehtiin MINI-haastattelu ja tuloksia verrattiin psykiatrien ennalta asetettuihin diagnooseihin.

Tuloksissa todettiin, että masennustilan diagnostiikka on varsin osuvaa riippumatta taustoista tai monihäiriöisyydestä, mutta kliinisissä diagnooseissa esiintyy ahdistuneisuushäiriöiden tulkintaa masennukseksi. Komorbideista tiloista erityisesti ahdistuneisuushäiriöt jäivät diagnosoimatta suurilta osin.

Masennustilan tunnistamiseen on panostettu taudin yleisyyden vuoksi, joten diagnosointi on kehittynyt herkäksi, mutta tarkkuus on huonontunut. Ahdistuneisuushäiriöt eivät tule aina selkeästi esille vastaanottotilanteissa, joten ne voivat jäädä huomaamatta ilman strukturoitua haastattelua. Leimaantumisen välttely voi myös aiheuttaa ilmiön, jossa asetetaan mahdollisimman vähän diagnooseja. Tulevaisuudessa olisi hyvä kartoittaa tavallisimmat komorbidit tilat tarkemmilla kysymyksillä sekä ohjelmoida herkästi strukturoitu haastattelu, mikäli epäselvyyttä taudinkuvasta on.

Tämän opinnäytteen alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck-ohjelmalla Tampereen yliopiston laatu järjestelmän mukaisesti.

Sisällysluettelo

1	JOHDANTO	1
1.1	Masennustilan yleisyys ja diagnostiset kriteerit.....	1
1.2	Masennustilaan liittyvä monihäiriöisyys	3
1.2.1	Ahdistuneisuushäiriöt.....	3
1.2.2	Alkoholinkäyttöön liittyvät päihdehäiriöt	5
1.3	Psykiatrinen diagnostiikka	5
1.4	Masennustilan ja ahdistuneisuushäiriön hoito	9
1.5	Tutkimuksen tavoite	12
2	AINEISTO JA MENETELMÄT	13
2.1	Aineisto sekä tutkimuskriteerit.....	13
2.2	Tilastolliset menetelmät	14
3	TULOKSET	14
4	POHDINTA	18
5	LÄHTEET	22

1 JOHDANTO

1.1 Masennustilan yleisyys ja diagnostiset kriteerit

Masennustila on maailmanlaajuisesti yleinen sairaus. Sen vallitsevuus vuonna 2015 maailman väestössä oli 4,4 prosenttia, lukumääränä 322 miljoonaa sairastunutta. WHO:n Global Burden of Disease – katsauksessa vuonna 1990 masennus oli globaalista näkökulmasta neljänneksi suurin toimintakykyä rajoittava sairaus, kun mittarina käytettiin elinvuosien määrää rajoittuneen toimintakyvyn kanssa. Vuonna 2015 masennustila oli noussut toiseksi suurimmaksi toimintakykyä rajoittavaksi sairaudeksi ja masennustilan määrän arvioitiin kasvaneen 18,4 % vuosien 2005–2015 aikana. Ei-fataaleista sairauksista masennustila oli suurin toimintakykyä rajoittava sairaus. (WHO 2017.) Suomessa masennustilan vuosittainen vallitsevuus aikuisväestössä on 9,6 % (Markkula ym. 2015). Kuitenkin vähemmistö sairastuneista hakee aktiivisesti hoitoa, joten terveydenhuollon ammattilaisilla on oltava herkkyyttä havaita masennustila ja keinoja motivoida potilas sitoutumaan hoitoon. Komorbiditeetti eli monihäiriöisyys on hyvin yleistä masennustilassa: noin puolella masennustilaa sairastavista potilaista on jokin muu häiriö masennustilan lisäksi. Tämä usein pitkittää hoitoaikaa sekä tekee masennustilan hoidosta haastavampaa. Ahdistuneisuus-, persoonallisuus- sekä päihdehäiriöt ovat yleisimmät komorbiditeetit. Suomessa erikoissairaanhoidon kaikista psykiatrisista potilaista puolella on masennustila. (Depressio: Käypä hoito – suositus 2016.)

Masennustilan diagnostiset kriteerit ICD-10:n mukaan koostuvat kolmesta eri osa-alueesta: oireiden kestosta (masennusjakson on kestävä vähintään kaksi viikkoa), pääoireista (väsymys, masentunut mieliala, mielenkiinnon menetys) ja liitännäisoireista (itseluottamuksen lasku, itsesyytökset, itsetuhoisuus, keskittymisvaikeus, psykomotorinen hidastuneisuus tai kiihtyneisyys, unihäiriöt ja painon muutos). Diagnoosiin vaaditaan

vähintään kaksi pääoiretta sekä niin monta liitännäisoiretta, että pääoireet mukaan lukien oireita tulee yhteensä vähintään neljä. Tämän lisäksi potilaalta poissuljetaan hypomaaniset tai maaniset jaksot, eikä oireilu saa johtua päihteiden käytöstä tai elimellisestä mielenterveyden häiriöstä. Masennustilan vaikeustasoa arvioidaan oireiden määrän mukaan: 4-5 oiretta tarkoittaa lievää masennustilaa, 6-7 keskivaikeaa ja 8-10 oiretta vaikeaa sisältäen kaikki pääkriteerit. Lisäksi psykoottistasoisessa masennustilassa esiintyy harhaluuloja tai – elämyksiä. (Depressio: Käypä hoito – suositus 2016.)

Taulukko 1. Masennustilan pääoireet ja liitännäisoireet

Pääoireet
Masentunut mieliala
Mielenkiinnon menetys
Väsymys, uupumus
Liitännäisoireet
Itsetuhoisuus, kuolemaan liittyvät ajatukset
Itsesyytökset, syyllisyys
Uniongelmat
Ruokahalun tai painon muutos
Psykomotorinen yli- tai aliaktiivisuus
Itsetunnon lasku
Keskittymisvaikeudet

Masennustilan etiologia on monitekijäistä. Henkilöllä voi olla altistavia piirteitä, jotka altistavat masennustilaan, esimerkiksi negatiivinen suhtautuminen maailmaan, asioita välttävä temperamentti sekä geneettinen alttius. Ympäristön opettamat epäedulliset käyttäytymismallit voivat myös lisätä sairastumisriskiä (kuten välttämiskäyttäytyminen ja epäsuotuisat selviytymiskeinot). Näiden lisäksi henkilön riski sairastua masennustilaan kasvaa, jos lisäksi esiintyy laukaisevia tekijöitä (kuten elämänkriisejä). Ahdistuneisuushäiriöiden taustatekijöiden arvellaan olevan samankaltaisia kuin masennustilan taustatekijät, erityisesti geneettistä ja biologista yhteneväisyyttä on todettu. Tästä johtuen on hyvin yleistä, että masennustila ja ahdistuneisuushäiriö esiintyvät samanaikaisesti. (Kampman ym. 2017.) Neurotistinen persoonallisuus on todettu merkittäväksi sairastumisen riskitekijäksi sekä ahdistuneisuushäiriöissä että masennustilassa. Myös liian vähäinen ekstroverttiys persoonallisuudessa altistaa häiriöiden syntymiselle. (Jylhä ym. 2009.)

1.2 Masennustilaan liittyvä monihäiriöisyys

1.2.1 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöt jaetaan paniikkihäiriöön, julkisten paikkojen pelkoon, sosiaaliseen pelkoon, määräkohteisiin pelkoihin sekä yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön. Paniikkihäiriössä potilas saa useasti ennalta arvaamattomissa ja vaihtelevissa paikoissa kohtauksia, jotka ovat erittäin pelottavia tai epämiellyttäviä. Kohtaus saavuttaa huipunsa muutaman minuutin kuluessa. Autonomisen hermoston oireita on oltava kohtauksen aikana. Julkisten paikkojen pelossa potilasta pelottavat väkijoukot, julkiset paikat, kotoa lähteminen tai yksin matkustaminen. Potilas itse ymmärtää pelkojensa olevan kohtuuttomia. Sosiaalisessa pelossa potilas pelkää joutuvansa huomion kohteeksi tai no-laavansa itsensä esimerkiksi virtsaamalla alleen, punastumalla tai oksentamalla. Lisäksi häiriöön liittyy sosiaalisten tilanteiden välttelyä. Määräkohteisissa peloissa tietty, yksittäinen asia aiheuttaa potilaalle suurta ja välittömästi alkavaa pelkoa. Tunnusomaista häiriölle on myös, että potilas pyrkii välttämään pelon kohdetta. Pelko-oireilua tulee olla

vähintään puolen vuoden ajan, jotta diagnoosin voi asettaa. Yleisiä pelkojen kohteita ovat esimerkiksi lentäminen, eläimet ja veren näkeminen. Yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä potilas murehtii, pelkää ja huolehtii jatkuvasti ja liiallisesti kaikesta. Häiriö rajoittaa selvästi toimintakykyä ja tähän liittyy usein myös autonomisia oireita, kuten sydämen tykytystä, hikoilua, vapinaa tai hengenahdistusta. Oireita on oltava pitkäaikaisesti eli vähintään puolen vuoden ajan ennen diagnoosin asettamista. (Lönnqvist ym. 2014.)

Taulukko 2. Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriö	Keskeinen piirre
Paniikkihäiriö	Paniikkihäiriökohtaukset, jotka tulevat toistuvasti ja spontaanisti
Sosiaalinen pelko	Ahdistuminen sosiaalisista tilanteista sekä niiden aktiivinen välttely
Julkisten paikkojen pelko	Kotoa poistumisen pelko, ahdistuminen suurissa väkijoukoissa tai avarissa tiloissa
Määräkohteiset pelot	Tiettyyn kohteeseen kohdistuva epätarkoituksenmukainen pelko sekä kohteen välttely
Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö	Ylenmääräinen, hallitsematon sekä jatkuva murehtiminen

1.2.2 Alkoholinkäyttöön liittyvät päihdehäiriöt

Alkoholin käyttöä arvioidessa voidaan puhua riskikäytöstä, haitallisesta käytöstä tai riippuvuudesta. Riippuvuuden diagnostiset kriteerit ovat pakonomainen tarve käyttää alkoholia sekä alkoholitoleranssin kehittyminen, vieroitusoireiden ilmaantuminen, heikentynyt kyky hallita juomista sekä alkoholin muodostuminen elämän keskipisteeksi. Käyttö myös jatkuu, vaikka selkeitä haittoja ilmaantuu. Diagnoosin asettamiseen vaaditaan alkoholinkäyttöä riippuvuuspiirtein vähintään kuukauden ajan tai toistuvasti vuoden aikana. Haitallisella käytöllä tarkoitetaan, että alkoholinkäytöstä voidaan selkeästi havaita aiheutuvan ruumiillisia, sosiaalisia tai mielenterveydellisiä haittoja (haitta on tunnistettavissa ja määriteltävissä), mutta riippuvuusoireyhtymää ei ole todettavissa. Riskikäytöstä puhutaan, kun käyttö ylittää riskirajat: Suomessa alkoholin riskirajat ovat 23–24 annosta viikossa miehillä ja 12–16 annosta naisilla. Alkoholinkäytön arvioimiseen käytetään AUDIT-kyselyä (Alcohol Use Disorders Identification Test). Miehillä yli 8 pistettä ja naisilla yli 6 pistettä viittaavat alkoholin ongelmakäyttöön. (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2016, Alkoholinkäytön ongelmakäytön määritelmät ja diagnoosit: Käypä hoito -suositus 2016.)

1.3 Psykiatrinen diagnostiikka

Psykiatrinen diagnostiikka on koko ajan uusiutumassa. Tautiluokituksia on tällä hetkellä kaksi: kansainvälinen ICD (International Classifications for Disease) sekä amerikkalainen DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). WHO teki ensimmäisen maailmanlaajuisen tautiluokituksen ICD-1:n vuonna 1948. Tämä sisälsi kuitenkin lähinnä diagnoosien nimet jotka oli ryhmitelty ja numeroitu, eikä tautikuvauksia diagnoosien lisäksi ollut määritetty. DSM-I ilmestyi vuonna 1952. Ennen vuotta 1980 psykiatrit asettivat diagnoosit täysin kliinisen ammattitaidon, näkemysten sekä kokemuksen avulla, sillä diagnostisia oirekriteerejä ei ollut olemassa. Psykiatria ylipäänsä erotettiin neurologiasta (hermo- ja mielitaudeista) vasta 1960-luvulla, jonka jälkeen 1970-luvulla psykobiologinen lähestymistapa (hyväksyttiin, että sekä psykologiset että

biologiset taustatekijät liittyivät mielenterveyden häiriöihin) tuli pysyväksi osaksi psykiatrista ajattelua. Vuonna 1980 ilmestyi radikaalisti uudistunut DSM-III, joka sisälsi diagnooseihin vaadittavat oirekriteerit. WHO oli julkaissut uuden ICD-9:n vuonna 1975, joten Suomessa yhdistettiin sekä ICD-9 että DSM-III diagnoosikriteerit; mukailtu suomenkielinen ICD-9 otettiin käyttöön vuonna 1987. Siitä lähtien Suomessa siirryttiin virallisesti oirediagnostiikkaan. Tällä pyrittiin diagnostiikan reliabiliteetin eli yhtenevyyden kehittymiseen ja tutkimustyön helpottamiseen. Tehdessään päivitettyä tautiluokitusta WHO hyväksyi DSM-III kriteeristön suurimmilta osin sellaisenaan. Tämä ICD-10 otettiin Suomessa käyttöön vuonna 1996. Edelleen THL päivittää diagnoosikriteerejä jatkuvasti, viimeisin päivitys (Psykiatrian luokituskäsikirja) julkaistiin vuonna 2012. DSM-5 julkaistiin vuonna 2013, jonka kriteerejä käytetään laajasti kansainvälisessä tutkimustyössä. WHO suunnittelee tautiluokituksensa ICD-11 julkaisua vuonna 2018, joka on päivitetty yhdenmukaiseksi DSM-5:n kanssa. (Lönngqvist ym. 2014, Furman ym. 1985.)

Strukturoituja haastatteluja on olemassa useita erilaisia. Nämä ovat helpottaneet tutkimustyötä ja tuoneet tutkimuksiin reliabiliteettia, mutta varsinkin alkuaikoina niitä kritisoitiin, koska pelättiin, ettei lääkärin osaamista enää tarvittu ollenkaan diagnosointiin. Pelkona oli, että riittäisi ainoastaan kysyä muutamat kysymykset ja diagnoosi asetettaisiin ilman ajatustyöskentelyä. Kaikissa haastatteluissa vaaditaan kuitenkin erillinen perehdytys haastattelun tekoon. Lisäksi klinikon tulee ymmärtää psykiatrinen sairauksien luonne, jotta haastattelu olisi diagnostinen ja tarkka. Haastattelujen suurin käyttöaihe on tutkimustyö eikä niinkään kliininen diagnostiikka ja haastatteluja pidetään lähtökohtaisesti kultaisena standardina. (Spitzer ym. 1992, Nordgaard ym. 2012.) DIS (Diagnostic Interview Schedule) on ensimmäinen, vuonna 1981 ilmestynyt strukturoitu haastattelu DSM-III diagnoosikriteeristöstä. Haastattelu on tehty ensisijaisesti tutkimuskäyttöön ja siinä käydään laajasti läpi kaikki DSM-III tautiluokat. (Segal 2010.) CIDI (Composite International Diagnostic Interview) on vuonna 1990 WHO:n luoma haastattelu, joka on rakenteeltaan samanlainen kuin DIS, mutta perustui ICD-9-tautiluokitukseen. Haastattelussa käydään samalla tavalla diagnostiset kriteerit kohta kohdalta läpi, jokseenkin päivitysten myötä haastattelua on pyritty myös muokkaamaan kliiniseen käyttöön sopivammaksi. (Andrews ym. 1998.) SCID (The Structured Clinical Interview for DSM-III) ilmestyi vuonna 1992.

Haastattelussa käydään läpi useat eri diagnoosiryhmät (psykoottiset häiriöt, mieliala-, päihde-, ahdistuneisuus-, syömishäiriöt ja somatoformiset häiriöt; persoonallisuushäiriöille on SCID II), joista kysytään seulontakysymykset. Jos seulonnassa ei tule esille ongelmia, ei ole tarpeen käydä tarkempia kysymyksiäkään läpi, vaan edetään seuraavaan häiriöön. Tarkoituksena oli luoda kliiniseen käyttöön sopiva haastattelu. SCID onkin edeltäjiään lyhyempi ja näin ollen nopeammin toteutettavissa. (Spitzer ym. 1992.)

MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) on vuonna 1997 julkaistu DSM-IV luokituksen I-akselin mielenterveyshäiriöiden haastattelu, joka sisältää masennuksen, dystymian, bipolaarihäiriön, itsetuhoisuuden, paniikkihäiriön, julkisten paikkojen, sosiaalisen ja määräkohteisen pelon, pakko-oireisen häiriön, yleistyneen ahdistuneisuus-häiriön, päihteiden väärinkäytön ja riippuvuuden (huumeet ja alkoholi erikseen), syömishäiriöiden, posttraumaattisen stressihäiriön, psykoottisen oireilun sekä antisosiaalisen persoonallisuushäiriön kartoittamisen. Kuten SCID:ssä, MINI-diagnoosit ovat jaettu eri moduuleihin (yllä mainitut) ja tarkentaviin kysymyksiin siirrytään vasta, mikäli seulontakysymykset viittaavat häiriöön. Etuna haastattelussa on huomattavasti lyhentynyt haastattelu-aika: keskimäärin noin viisitoista minuuttia. MINI alun perin kehiteltiin kliiniseen käyttöön, eikä haastattelun tekemiseen vaadita erityistä psykiatrian osaamista. Kuitenkin MINI:ssä psykoottiset häiriöt jäävät kartoituksen ulkopuolelle, joten haastattelu on lähinnä tutkimuskäytössä. (Sheehan ym. 1998.)

Suomessa psykiatrisen diagnostiikan kulmakivi on kliininen haastattelu. Lisäksi masennustilaa seulotaan kahden kysymyksen haastattelulla perusterveydenhuollossa: viimeisen kuukauden aikana, onko potilas ollut huolissaan tuntemastaan alakuloisuudesta tai toivottomuudesta ja onko potilas ollut huolissaan mielenkiinnon puutteesta tai haluttomuudesta. Mikäli potilas antaa myöntävän vastauksen edes toiseen, masennustilan muita oireita (väsymys, keskittymiskyvyttömyys, unettomuus, itsetuhoisuus) kysellään ja tämän kliinisen haastattelun perusteella asetetaan diagnoosi. Erikoissairaanhoidossa diagnostiikan tukena käytetään varsinkin epäselvissä tilanteissa psykologin tutkimuksia sekä strukturoituja haastatteluja, joista SCID on käytetyin. Kuitenkin kliinisen haastatte-

lun ja mahdollisten strukturoitujen haastattelujen tulosten yhdistäminen vaaditaan diagnoosin asettamiseen. Oirekyselyjen sisältämät informaatiot (Beck Depression Inventory eli BDI, Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale eli MADRS) eivät riitä diagnoosin asettamiseen, mutta ne voivat olla apuna masennustilan vakavuusasteen määrittämisessä sekä hoitojen vaikuttavuuden arvioinnissa. (Depressio: Käypä hoito – suositus 2016.)

On tärkeää, että kaikki mielenterveyden häiriöt havaitaan ja oikeat diagnoosit asetetaan. Oikeiden diagnoosien asettamisella saadaan turvattua potilaalle oikeanlainen hoito. Tarkasteltaessa komorbiditeettien vaikutusta masennustilan hoitoon, esimerkiksi masennustilan ja ahdistuneisuushäiriöiden lääkkeellisessä hoidossa ei ole suurta eroa (selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät eli SSRI-tyypin lääkkeet ovat ensisijaisia). Kuitenkin lääkehoito täytyy aloittaa hyvin pienillä annoksilla sekä annosnostot tehdä tarpeeksi pitkien taukojen jälkeen, kun masennustilan lisäksi on ahdistuneisuushäiriö, sillä useimpien masennuslääkkeiden aloitukseen liittyy ahdistuneisuuden lisääntymistä. (Depressio: Käypä hoito -suositus 2016.) Ahdistuneisuushäiriöistä esimerkiksi paniikkihäiriö masennustilan lisäksi aiheuttaa suurentunutta riskiä itsetuhoisuuteen. Yleisesti ottaen masennustilan ennuste on huonompi monihäiriöisyydessä, joten hoitava taho voi yhdessä potilaan kanssa varautua pidempään hoitokontaktiin, kun tiedossa on muitakin häiriöitä kuin pelkkä masennustila. Potilaan on helpompi ymmärtää oireitaan sekä käyttäytymistään, kun erilaiset välttämiskäyttäytymismallit saadaan yhdistettyä olemassa olevaan ahdistushäiriöön. Suurin hoidollinen eroavaisuus lienee masennustilan psykoterapiamuodoissa: mikäli lisäksi on muita komorbiditeettejä, nämä on otettava huomioon ja käsiteltävä yhtä lailla terapiassa. (Kampman ym. 2017.) Epätarkkojen diagnoosien asettamiseen liittyy myös ongelmia. Liian helposti asetettu diagnoosi voi leimata ihmistä ja oikeuttaa epäedulliseen käyttäytymiseen sekä passivoida muutoksille. (Furman 1985.)

1.4 Masennustilan ja ahdistuneisuushäiriön hoito

Masennustilan hoidossa keskitytään kolmeen eri osa-alueeseen: akuuttivaiheen oireettomuuteen, relapsia estävään jatkohoitoon sekä sairausjakson uusiutumista estävään ylläpitohoitoon. Akuuttivaiheessa pyritään hoitamaan potilas oireettomaksi tai lähes oireettomaksi terapian, psykoedukaation ja lääkityksen avulla. Kun oireettomuuteen on päästy, jatkohoitona on jatkaa lääkitystä vähintään puolen vuoden ajan oireiden loppumisesta. Kolmannen masennusjakson jälkeen on suositeltavaa aloittaa ylläpitohoito eli pitkäaikainen lääkitys. Lievässä ja keskivaikeassa masennustilassa hoito koostuu joko lääkityksestä tai terapiasta, parhain hoitotulos saadaan kuitenkin molempia keinoja käyttämällä. Vaikeissa ja psykoottisissa masennustiloissa lääkkeiden sekä liitännäishoitojen (sähköhoito) käyttö yhdessä psykoterapian kanssa on olennaista. Ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa hoitolinja on samankaltainen, lisäksi suositeltavat lääkkeet ovat samoja sekä masennustilassa että ahdistuneisuushäiriöissä. (Depressio: Käypä hoito – suositus 2016.)

SSRI-lääkkeet (selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät) ovat sekä masennuksessa että ahdistuneisuushäiriöissä ensilinjan lääkevaihtoehto. SSRI-lääkkeissä keskenään ei ole todettu merkittäviä vaikutuseroja, mutta yksilökohtaista eroa on esimerkiksi lääkkeen sietämisessä. Lääkettä kokeillaan vähintään neljä viikkoa ja mikäli mitään viitettä hoitovasteesta ei tule tai täydellä hoitoannoksella ei tule selvää vastetta kahdeksassa viikossa, lääkeainetta on syytä vaihtaa. Vaihtoehtoisesti voi kokeilla toista SSRI-lääkettä tai siirtyä kaksoisvaikutteisiin SNRI-lääkkeisiin tai epätyypillisiin masennuslääkkeisiin. Monoterapia on suositeltua, kuitenkin mielialalääkkeisiin perehtyneet lääkärit saavat määrätä tarvittaessa useampaa lääkettä yhteiskäyttöön. SSRI-lääkityksen aloitukseen liittyy usein ahdistuksen lisääntymistä ja erinäisiä haittavaikutuksia, joten joskus käytetään alkuvaiheessa bentsodiatsepiinejä pienellä annoksella. Näitä lääkkeitä määrättäessä tulee huomioida riippuvuusriski. Seuraavan linjan lääkitys on kaksoisvaikutteiset serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjät eli SNRI-lääkkeet, kuten venlafaksiini ja duloksetiini. Muita epätyypillisiä masennuslääkkeitä ovat muun muassa mirtatsapiini sekä bupropioni. Lääkitystä käytetään vähintään puoli vuotta oireiden loppumisesta ja

toistuvissa, kohtalaisen vaikeissa masennustiloissa suositellaan pitkäaikaista uusiutumisen estohoitoa. (Depressio: Käypä hoito – suositus 2016.)

Psykoterapia voidaan jakaa alle 20 tapaamiskertaa sisältävään lyhytterapiaan sekä pitkäkestoiseen terapiaan. Tapaamiskertojen tiheys voi vaihdella parin viikon välein tapahtuvasta tapaamisesta useasti viikossa tapahtuviin tapaamisiin. Sekä masennustilan että ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa kognitiivisesta terapiasta on eniten tutkimusnäyttöä.

Muita terapiasuuntauksia ovat käyttäytymisterapia, psykodynaaminen terapia, interpersonallinen terapia ja ratkaisukeskeinen terapia. Yleinen ehto terapian onnistumiselle on luottamuksellinen suhde terapeutin sekä potilaan välillä, sekä potilaan oma asenne terapiaa kohtaan: on tärkeää, että potilas kokee pystyvänsä vaikuttamaan itseensä ja käyttäytymiseensä. Myös usko terapian vaikuttavuuteen on merkittävä osa terapian onnistumista. (Depressio: Käypä hoito – suositus 2016, Kampman ym. 2017.)

Masennustilan terapeutin hoidon pääperiaatteita ovat vaikuttaa sekä oireiden lievittämiseen että haitallisten käyttäytymistapojen ja kielteisten ajatusmallien muuttamiseen. Minäkuvan vahvistaminen, masennustilaa ylläpitävien mielikuvien poistaminen ja tunne-elämän vakauttaminen kuuluvat myös terapian tavoitteisiin. Lievissä, komplisoidumattomissa masennustiloissa lyhytterapia usein riittää. Psykoedukaatio on lisäksi erittäin olennainen osa hoitoa. Usein terapiamuotona on yksilöterapia, mutta mahdollista on myös ryhmäterapiaan tai lukuisiin erilaisiin toiminnallisiin terapioihin (esimerkiksi musiikki-, taide- ja ratsastusterapiaan). Vaikeassa, toistuvassa, pitkäaikaisessa tai monihäiriöisessä masennustilassa kognitiivinen tai psykodynaaminen yksilöterapia ovat vaikuttavia terapiamuotoja ja tapaamisia jatketaan mahdollisesti jopa vuosia. Terapian lisäksi tulee käyttää myös lääkitystä ja hoitoa täytyykin tarkastella moniammatillisesti kokonaisuutena. (Depressio: Käypä hoito – suositus 2016.)

Ahdistuneisuushäiriöiden hoidoksi on erilaisia menetelmiä, miten auttaa potilasta selviytymään ja parantumaan häiriöstään. Pelko-oireisissa ahdistuneisuushäiriöissä (sosiaa-

linen, julkisten paikkojen ja määräkohteinen pelko) altistusmenetelmä on tehokkain. Potilaan kanssa keskustellaan yksityiskohtaisesti ahdistusta aiheuttavista tekijöistä ja potilas pisteyttää nämä siedettävyydeltä pelottavimmasta helpoimpaan. Sitten määritellään altistustehtävät; usein vaikeustasoa nostetaan pikkuhiljaa ja käydään läpi potilaan esittämät ahdistavat asiat arjessa useaan otteeseen, kunnes pakoreaktiota ei enää esiinny. Paniikkihäiriössä keskitytään kohtauksien hallintaan rentoutus- ja hengitysharjoituksilla sekä oppimalla selviytymiskeinoja kohtauksen ajaksi. Myös katastrofijattelu pyritään realisoimaan ja kyseenalaistamaan. Yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä keskitytään ensin havaitsemaan liiallinen murehtiminen, sitten pohditaan, mitkä laukaisevat tekijät aloittavat murehtimisen ja olisiko potilaalla niihin vaikutusmahdollisuuksia. Tämän jälkeen murehtimisen määrää pyritään rajaamaan, esimerkiksi sopimalla, että päivittäin on samaan aikaan ja paikkaan liittyen puoli tuntia vapaata murehtimisaikaa, mutta muina ajankohtina murehtiminen ei ole sallittua. Lopulta mietitään perusteellisesti, mistä tapa murehtia on peräisin. Tarkoituksena on saada potilaalle ymmärrystä, miksi tietyt asiat aiheuttavat murhetta. Näiden lisäksi käydään läpi rentoutustekniikoita sekä mielikuva-harjoituksia, joilla murehtiminen keskeytetään ja ajatukset siirretään nykyaikaan.

(Kampman ym. 2017.)

Vaikeassa tai psykoottistasoisessa, lääkeresistentissä masennustilassa voidaan käyttää myös aivojen sähköhoitoa (ECT). Potilaalle aiheutetaan yleistynyt, lyhytaikainen sähköpurkaus aivoihin. Hoitoa jatketaan 2-3 kertaa viikossa, kunnes vastetta saavutetaan. Keskimääräinen hoidon pituus on 6-12 sähkökertaa. Hoidon aikana muistiongelmien ovat hyvinkin tavallisia, mutta onneksi väliaikaisia. Useimmilla potilailla masennustilan oireet palaavat takaisin 2-4 kk kuluttua hoidosta, joten lääkehoitoa on tärkeää pitää yllä sähköhoidon lisäksi. Mikäli sähköhoidolla saadaan hyvä vaste, mutta masennustila uusiutuu toistuvasti vaikeaksi lääkehoitojenkin aikana, voidaan käyttää ylläpitosähköhoitoa. Muita hoitomenetelmiä ovat aivojen transkraniaalinen magneettistimulaatio (TMS), jossa kallon läpi annetaan voimakas magneettipulssi ja näin aktivoidaan paikallisesti aivokuorta. Tämä ei aiheuta yleistynyttä purkausta, joten yleisanestesiaa ei tarvita. Kehitteillä on myös magneettitekniikka (MST), jossa magneettikenttä on vain tietyllä alueella aivoissa aiheuttaen terapeutisia kouristuksia. (Lönnqvist ym. 2014.) Masennustilan hoidoksi kehitellään myös uusia hoitomuotoja, esimerkiksi syväaivostimulaatio, jossa poti-

laan aivoihin asennetaan pitkäaikaiset, sähköimpulsseja tuottavat partikkelit. Nämä asetetaan valveilla ollessa ja tiedustelemalla potilaan mielentilaa varmistetaan, että partikkelit ovat oikeassa paikassa. Asetuksen jälkeen stimulaatioiden voimakkuutta voidaan säädellä ulkoisesti. Stimulaatio on riittävä, kun potilas kokee olonsa paremmaksi. (Perlmutter ym. 2006.) Ketamiini-infuusiot ovat viimeinen hoitokeino erittäin vaikeisiin ja hoitoresistentteihin masennustiloihin, eivätkä infuusiot ole Suomessa juurikaan käytössä. Vaikutus on hyvinkin lyhytaikaista, joten infuusioita käytetään lähinnä erittäin itsetuhoisilla potilailla, joiden kanssa yritetään selviytyä pahimman hetken yli. (Aan Het Rot ym. 2012.)

1.5 Tutkimuksen tavoite

Tutkimuksen tavoitteena on tarkastella strukturoidun MINI–haastattelun avulla tehdyn tutkimusdiagnoosin (pelkkä masennustila, päihdehäiriö ja masennustila, ahdistuneisuus-häiriö ja masennustila) sekä psykiatriaan perehtyneen lääkärin tekemän kliinisen diagnoosin välistä reliabiliteettia sekä komorbiditeetin (päihdeongelmien ja ahdistuneisuus-häiriöiden) vaikutusta siihen. Myös sukupuolen ja iän vaikutusta kliinisen ja tutkimusdiagnoosin yhtäpitävyyteen tarkasteltiin.

2 AINEISTO JA MENETELMÄT

2.1 Aineisto sekä tutkimuskriteerit

Tutkimuksessa käytettiin Masennustalkoot II – aineistoa (Ostrobothnia Depression Study, Clinical Trials NCT02520271). Aineisto on kerätty 10/2009–10/2013 välisenä aikana viideltä psykiariselta poliklinikalta sekä yhdeltä psykiariselta osastolta Etelä-Pohjanmaan vastuualueella. Sisäänottokriteereinä vaadittiin lähete psykiariseen hoitoon ja hoidon aloitus psykiarinessa erikoissairaanhoidossa joko masennusoireiston, ahdistuneisuuden, itsetuhoisuuden, unettomuuden tai päihdeongelman vuoksi. Masennustilan oirekriteerinä oli BDI vähintään 17 pistettä. Poissulkukriteereinä olivat psykoottiset diagnoosit sekä orgaaniset aivosairaudet.

Tässä tutkimuksessa luokiteltiin MINI-haastattelulla saadut häiriöt seuraavasti: masennustilaluokkaan kuuluvat kaksisuuntainen mielialahäiriö, masennusjakso sekä toistuva masennustila. Masennustilan ja samanaikaisten ahdistuneisuushäiriöiden luokittelu on tehty seuraavasti: masennustila sekä pelko- ja paniikkioireiset ahdistuneisuushäiriöt, masennustila sekä muut ahdistuneisuushäiriöt ja luokka ”muut” (ahdistuneisuushäiriö ilman masennustilaa, päihdehäiriö, ei diagnoosia). Päihdehäiriössä kriteerinä oli AUDIT vähintään 11 pistettä, alkoholia ja muita päihteitä ei eroteltu keskenään. Määritelmä pohjautuu Kampmanin ja Lassilan Kuutio-arviointiin (Kampman&Lassila 2007). Muita diagnooseja ei tässä tutkimuksessa huomioitu.

Valituille potilaille tehtiin MINI-haastattelu sekä MADRS masennusoireiston vaikeusasteen arvioimiseksi. Kliiniset diagnoosit tutkimuksen alkuhetkellä olivat psykiatriaan perehtyneiden lääkärien asettamia. Kliinisen diagnoosin asettamisessa ei ollut systemaattista käytäntöä, vaan kukin hoitava lääkäri asetti diagnooseja henkilökohtaisen käytäntönsä mukaisesti. Kliinisiä diagnooseja koskevan tiedon poimivat jälkikäteen kyseisiltä hoitajaksilta lääkäriskoulutuksen saaneet tutkijat. MINI-haastattelun sekä tutkimusdiagnoosin asettamisen teki MINI-haastattelukoulutuksen saanut ammattilainen, ensisijaisesti potilasta hoitava lääkäri ja toissijaisesti muu lääkäri tai tutkimushoitaja.

2.2 Tilastolliset menetelmät

Kliinisten diagnoosien ja tutkimusdiagnoosien frekvenssijakaumia tarkasteltiin rinnakkain ja tilastollisia eroja analysoitiin khi-neliötestillä. Tilastollisen merkitsevyyden tunnuslukuina käytettiin vetosuhdetta (odds ratio, OR) ja tilastollista merkitsevyyttä ($p < 0,05$). Aineistoa käsiteltiin SPSS-ohjelmalla.

3 TULOKSET

Aineistossa potilaita oli yhteensä 242. Näistä potilaat, joille ei asetettu tutkimusdiagnoosia, jätettiin tarkastelun ulkopuolelle. Potilasmäärä lopulta oli 219. Heistä 87,7 % sai psykiatriaan perehtyneen lääkärin tekemän kliinisen masennustilan diagnoosin ja 25,5 %:lle asetettiin ahdistuneisuushäiriö. Kliininen päihdediagnoosi oli 23,3 %:lla. Potilaat olivat iältään 17–64-vuotiaita ja mediaani oli 38 vuotta. Potilaista naisia oli 60,3 % ja vastaavasti miehiä 39,7 %.

Tutkimusdiagnooseista masennustila asetettiin 93,1 %:lle. Heistä 88,2 %:lla oli myös kliinisesti diagnosoitu masennustila. Kuitenkin kliinisiä diagnooseja asetettiin myös runsaasti ylimäärin: potilaista, joilla ei todettu masennustilaa MINI:llä, 80 %:lla oli kliinisesti diagnosoitu masennustila. Herkkyys kliiniselle diagnoosille on tässä aineistossa 88 % ja tarkkuus 20 %, positiivinen ennustearvo 94 % ja negatiivinen ennustearvo 11 %.

Taulukko 3. Kliinisten sekä tutkimusdiagnoosien esiintyvyys tutkimusaineistossa

	MINI-diagnoosi n (%)	Kliininen diagnoosi n (%)
Masennustila		
Miehet	85 (97,7 %)	82 (94,3 %)
Naiset	119 (90,2 %)	110 (83,3 %)
Kaikki	204 (93,2 %)	192 (87,7 %)
Ahdistuneisuushäiriöt		
Miehet	57 (65,6 %)	19 (21,8 %)
Naiset	85 (64,4 %)	37 (28,0 %)
Kaikki	142 (64,8 %)	56 (25,6 %)
Päihdehäiriöt		
Miehet	45 (51,7 %)	33 (37,9 %)
Naiset	27 (20,5 %)	18 (13,6 %)
Kaikki	72 (32,9 %)	51 (23,3 %)

MINI:llä todettuja ahdistuneisuushäiriöitä oli 67,6 %:lla. Alaryhmiin eroteltuna masennustilan lisäksi pelko- ja paniikkihäiriöistä kärsiviä oli 37,0 %, muiden ahdistuneisuushäiriöiden osuus oli 23,7 % ja pelkästään ahdistuneisuushäiriöitä ilman masennustilaa oli 6,8 %:lla. Ahdistuneisuushäiriöillä ei ollut vaikutusta masennustiladiagnoosin osuuteen. Potilaista, joilla todettiin MINI:llä masennustila muttei ahdistuneisuushäiriötä, 88,7 %:lle asetettiin kliininen masennustiladiagnoosi. Vastaavasti potilailla, joille MINI:llä todettiin sekä masennustila että ahdistuneisuushäiriö, 88,0 % oli saanut kliinisen masennustiladiagnoosin. Sen sijaan masennuksen yhteydessä esiintyvät ahdistuneisuushäiriöt jäivät kliinisesti pääosin diagnosoimatta. Pelko-oireisissa häiriöissä ja paniikkihäiriöissä kliininen diagnoosi asetettiin vain 33,3 %:lle potilaista, jotka olivat saaneet saman tutkimusdiagnoosin. 6,2 % saivat muun ahdistuneisuushäiriödiagnoosin kuin minkä MINI tuotti. Muissa ahdistuneisuushäiriöissä kuin pelko- ja paniikkihäiriöissä erot olivat entistä suuremmat, vain 9,6 %:lla oli kliinisesti oikea diagnoosi. MINI:llä todetuista muista ahdistuneisuushäiriöistä kärsivistä potilaista 23,1 % oli asetettu pelko- tai paniikkihäiriöryhmään, ja 67,3 % jäi ilman minkäänlaista kliinistä ahdistuneisuushäiriödiagnoosia. Tarkasteltaessa asetetun kliinisen ahdistuneisuushäiriödiagnoosin osuutta, ahdistuneisuushäiriöiden tutkimusdiagnoosien saaneilla oli laskennallisesti 13-kertainen riski saada eriävä kliininen sekä tutkimusdiagnoosi verrattuna niihin, joilla ahdistuneisuusdiagnoosia ei MINI:llä asetettu, $OR = 13$ ($p < 0,001$, khi-neliö-testi). Minkä tahansa ahdistuneisuushäiriön tutkimusdiagnoosin saaneista vain 36,6 % oli saanut kliinisen ahdistuneisuushäiriödiagnoosin. Toisaalta 5,2 %:lla oli kliininen ahdistuneisuushäiriödiagnoosi, vaikka MINI:llä ei todettu ahdistuneisuushäiriötä.

Päihdeongelmia tarkasteltiin sekä AUDIT että MINI – haastattelujen avulla. Potilaista 39,7 % sai AUDIT pistemäärän vähintään 11 ja 32,9 % potilaista sai tutkimusdiagnoosina päihdehäiriön. Päihdehäiriöt eivät vaikuttaneet masennustiladiagnoosin osuuteen tarkasteltuna sekä tutkimusdiagnoosien että AUDIT-pistemäärän kannalta ($p > 0,05$). Ryhmässä, jossa ei todettu päihdeongelmaa, mutta MINI:llä todettiin masennustila, oli kliinisesti diagnosoitu masennustila 89,4 % potilaista (AUDIT-testin perusteella potilaalla ei päihdeongelmaa) ja 87,6 % potilaista, kun päihdehäiriötä ei todettu MINI:llä. Vastaavat luvut päihdehäiriöistä kärsivien ryhmässä olivat 86,4 % (potilailla AUDIT yli

11 pistettä) ja 89,6 % (MINI:llä diagnosoitu päihdehäiriö). Kuitenkin, kun tarkasteltiin kliinisen päihdediagnoosin osuvuutta, havaittiin, että MINI:llä päihdehäiriödiagnoosin saaneilla oli selkeästi huonompi osuvuus kliinisen päihdehäiriödiagnoosin suhteen verrattuna niihin, joilla ei todettu MINI-päihdehäiriötä. MINI-päihdediagnoosin saaneista 65,3 %:lla oli kliininen päihdediagnoosi. Vastaavasti heistä, joilla MINI-päihdediagnoosia ei ollut, 97,3 % ei myöskään ollut saanut kliinistä diagnoosia. Täten OR = 11,7 ($p < 0,001$) eli päihdeongelmaisilla olisi 11,7-kertainen todennäköisyys sille, että kliininen diagnoosi poikkeaa tutkimusdiagnoosista verrattuna raittiisiin tässä aineistossa.

Taulukko 4. Ahdistuneisuushäiriödiagnoosien esiintyvyys

Kliininen diagnoosi n (%)				
MINI-diagnoosi n (%)		Pelkkä masennus	Masennus ja pelko- tai paniikkihäiriö	Masennus ja muu ahdistuneisuushäiriö
	Pelkkä masennus	67 (94,4 %)	1 (1,4 %)	3 (4,2 %)
	Masennus ja pelko- tai paniikkihäiriö	49 (60,5 %)	27 (33,3 %)	5 (6,2 %)
	Masennus ja muu ahdistuneisuushäiriö	35 (67,3 %)	12 (23,1 %)	5 (9,6 %)

Tarkasteltaessa iän vaikutusta diagnoosin tarkkuuteen todettiin, että ikä ei vaikuttanut masennustilan, ahdistuneisuushäiriöiden eikä päihdehäiriön diagnoosien osuvuuteen ($p > 0,1$). Potilaat jaettiin näissä analyyseissa mediaanin mukaan kahteen eri ryhmään, 17–38-vuotiaat sekä 39–64-vuotiaat. MINI-masennustiladiagnoosin saaneista nuoremmassa ryhmässä 87,8 % oli saanut kliinisen masennustiladiagnoosin, vanhemmassa ryhmässä vastaava luku 88,7 %. Ahdistuneisuushäiriöissä nuoremmilla potilailla MINI:llä todetuista ahdistuneisuushäiriöistä 40,3 % oli kliinisesti havaittu, vanhemmilla 33,3 %. Samoin MINI:llä asetetuista päihdehäiriödiagnoseista nuoremmilla todettiin kliinisesti 58,1 % ja vanhemmilla 70,7 %. MINI:llä päihdediagnosoimattomista potilaista nuorem-

massa ryhmässä 98,6 %:lle ei asetettu kliinistä päihdediagnoosia ja vanhemmassa ryhmässä vastaava prosentti oli 95,9 %. Pelkästään MINI-päihdehäiriödiagnoosin saaneita tarkasteltaessa kliinistä diagnoosia ei asetettu nuoremmilla potilailla 41,9 %:lle ja vanhemmilla 29,3 %:lle ($p > 0,1$).

Sukupuolikaan ei vaikuttanut diagnoosien osuvuuteen lukuun ottamatta löydöstä, että naisten masennustila jäi tunnistamatta useammin kuin miesten tarkasteltaessa MINI-masennustiladiagnoosin saaneita (16 % vs 5,9 %, $p = 0,028$). Naisista, joilla todettiin MINI:llä masennustila, 84,0 %:lla oli myös kliininen masennustiladiagnoosi, miesten vastaava prosentti oli 94,1 %. Ahdistuneisuushäiriöissä MINI-diagnoosin saaneista naisista 38,8 %:lle oli asetettu myös kliininen diagnoosi, miehistä 33,3 %:lle. Tarkasteltaessa ainoastaan niitä potilaita, joille ei asetettu MINI-ahdistuneisuushäiriödiagnoosia, miehillä väärää positiivisia kliinisiä ahdistuneisuushäiriödiagnooseja ei ollut lainkaan (0 %) verrattuna naisiin, joista 8,5 % sai kliinisen ahdistuneisuushäiriödiagnoosin, mutta ei vastaavaa MINI-diagnoosia. Löydös ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,1$). Päihdehäiriöissä vastaavasti MINI-diagnoosin saaneista naisista 63,0 % sai myös kliinisen diagnoosin, miehistä 66,7 %.

4 POHDINTA

Tutkimuksessa havaittiin, että erikoissairaanhoidossa masennustilan diagnosointi on luotettavuudeltaan kohtalaisen hyvällä tasolla arvioituna MINI-haastattelulla saatuun diagnoosiin verrattuna, vaikkakin kliinisissä diagnooseissa esiintyy ahdistuneisuushäiriöiden tulkintaa masennukseksi. Lähes yhdeksän kymmenestä tutkimusdiagnoosin saaneista oli saanut myös kliinisen masennustiladiagnoosin, mutta toisaalta suurimmalle osalle niistä potilaista, joilla ei todettu masennustilaa MINI-haastattelulla, oli asetettu

klininen masennustiladiagnoosi. Ahdistuneisuushäiriöt masennustilan komorbiditeettina jäivät suurelta osin diagnosoimatta kliinisesti, sillä vain noin kolmasosa MINI:llä todetuista ahdistuneisuushäiriöistä kärsivistä potilaista oli saanut vastaavan kliinisen diagnoosin. Tarkasteltaessa eri ahdistuneisuushäiriöitä, pelko- ja paniikkihäiriöt havaittiin parhaiten, mutta muissa ahdistuneisuushäiriöissä osuvuus oli hyvinkin epätarkkaa. Laskennallisesti ahdistuneisuushäiriöitä sairastavilla potilailla oli noin kymmenkertainen riski saada väärät diagnoosit verrattuna potilaisiin, joilla ei todettu ahdistuneisuushäiriöitä. Ahdistuneisuushäiriöt ja päihdehäiriöt eivät vaikuttaneet masennustiladiagnoosin reliabiliteettiin. Päihdehäiriössä kuitenkin todettiin olevan kymmenkertainen riski saada väärä päihdediagnoosi verrattuna raittiisiin. Ikä ja sukupuoli eivät vaikuttaneet masennustilan ja sen komorbiditeettien reliabiliteettiin, joskin naisten masennustila jäi useammin tunnistamatta.

Masennustila on Suomessa yleinen häiriö. Melkein jokaisella on joku läheinen, jolla on ollut vähintään yksi masennusjakso. Ei ole siis ihme, että mielenterveyden ongelmista masennustila on terveyskeskuslääkärin vastaanotolla viikoittain tavattava ongelma ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa melkeinpä päivittäinen. Mielenterveyden edistämiseksi masennustilasta on tarjottu runsaasti perustietoja jo peruskoulusta lähtien ja masennustilan diagnosointi ja hoito on ensimmäinen asia, mitä psykiatriasta opitaan lääketieteen koulutuksessa. Masennustila liittyy usein muihin mielenterveyden häiriötiloihin, esimerkiksi persoonallisuushäiriöihin, skitsofreniaan ja päihdehäiriöihin. Ehkä näistä syistä masennustilaa osataan diagnosoida ja huomioda melko hyvin. Tässä tutkimuksessa ikä, sukupuoli, päihdehäiriöt tai ahdistuneisuushäiriöt eivät myöskään vaikuttaneet masennustiladiagnoosin osuvuuteen, mikä kertoo hyvästä herkkyydestä masennustilan diagnostiikassa. Ongelma on pikemminkin tarkkuudessa, eli miten rajata pois ne potilaat, joilla olo on vetämätön ja alakuloinen mutta masennustilan kriteerit eivät täyty. Esimerkiksi mielialakyselyistä voi saada apua oireiden kartoittamiseen. Toisaalta samat kyselyt eivät riitä diagnoosin asettamiseen ja psykiatrien keskuudessa voi olla vaihtelua sen suhteen, kuinka tarkkaan diagnostisia kriteerejä noudatetaan. Ennen ICD-9-järjestelmää oirekriteerejä ei ollut, vaan diagnoosien asettamiskäytännöissä oli suurtakin paikallista vaihtelua esimerkiksi oman ammattitaidon ja hoidollisen näkemyksen mukaan. Yli-diagnosointia voi tulla osittain siksi, että masennustilan oireet sopivat moneen häiriöön ja mikäli esimerkiksi pinnallisemmassa tutkimuksessa muiden häiriöiden kriteerit eivät

näytä täyttyvän, masennustila on todennäköisin ja myös helpoimmin hyväksytty diagnoosi verrattuna muihin psykiatriisiin häiriöihin.

Sitä vastoin ahdistuneisuushäiriöt eivät ole yhtä tunnettuja ja tiedostettuja häiriöitä verrattuna masennustilaan. Raja murehtivan, huolestuneen ja pelokkaan persoonan sekä häiriön välillä on häilyvä ja arviointia vaikeuttaa komorbidit tilat. Masennustila itsessään voi aiheuttaa ahdistuneisuutta ja vetäytymistä sekä vaikeutta kestää erilaisia tilanteita. Voisikin sanoa tämän tutkimuksen perusteella, että ainoastaan selvän ahdistuneisuushäiriön saaneet potilaat ovat tunnistettavissa pelkällä kliinisellä haastattelulla ja lopuilla lienee aiheellista käyttää diagnostisia haastatteluja hyväkseen. Psykiatriset diagnoosit voivat herättää jopa inhoa joissakin potilaissa, sillä leimautuminen on valitettavan usein myös todellista. Jossain tapauksissa voikin olla niin, että tyydytään asettamaan vain yksi diagnoosi (joka yleisimpänä on masennustila), eikä mietitä komorbideja tiloja, jotta yhteistyö potilaan kanssa säilyisi paremmin. Jotkut ahdistuneisuushäiriön piirteet esiintyvät myös vain tietyissä ympäristöissä, esimerkiksi kotona, eikä oireilua havaita ilman, että kysytään oikeat kysymykset. Potilaat tuovat näitä oireita harvemmin ilmi spontaanisti. Yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä potilas ei samalla lailla välttämättä edes havaitse haitallista oireiluaan kuin esimerkiksi paniikki- tai pelkohäiriöissä, joten tämä voi olla syynä siihen, miksi jälkimmäisiä häiriöitä oli helpompi havaita tutkimuksen tulosten perusteella.

Päihdepotilaat ovat usein haastavia, moniongelmaisia potilaita. Päihdekäyttö vaikeuttaa huomattavasti psyykkisen tilan arviointia ja humalatilassa arviota ei voikaan tehdä luotettavasti. Toisaalta Suomessa alkoholikulttuuri on valitettavan humalahakuista ja alkoholin liiallisen kertakäytön raja tuntuu väestön käyttötottumuksiin nähden olevan matala. Ihmiset eivät koe juomista ongelmana, vaikka kertamäärät olisivatkin suuria ja esimerkiksi monilla opiskelijoilla suositellut kertakäytön terveysrajat ylittyvät juhliessa. Toisaalta strukturoidun haastattelun avulla tunnistetaan ne henkilöt, jotka eivät koe alkoholia ongelmana, mutta käyttävät sitä runsaasti täyttäen alkoholin ongelmakäytön kriteerit. Lienee todennäköisempää, että päihdehäiriö jää tunnistamatta, kuin että yli-diagnoitaisiin päihdehäiriöitä. Myös ammattilaisten asenteet alkoholiin vaikuttavat siihen, millaisiin alkoholin käyttömääriin puututaan.

Tutkimuksen vahvuutena on hyvä aineiston edustavuus. Potilaat edustavat hyvin pohjoismaisen erikoissairaanhoidon potilasaineistoa, sillä poissulkukriteerejä on vain muutamia ja sisäänottokriteerit pätevät lähes kaikkiin. Aineiston koko ei ole kuitenkaan kovinkaan suuri, joten tuloksia voi pitää lähinnä suuntaa antavina. Lisäksi käytetty analyysimenetelmä on karkea, joten alaryhmäarvioissa tulokset kuvaavat vain suurempia linjoja. Tämä tutkimus oli luonteeltaan havainnoiva eikä siinä tarkasteltu hoitointerventioita tai niiden tehoa. Diagnostiikan sokkouttamista tarkasteltaessa on huomattava, että kliinisten diagnoosien asettajat eivät tienneet MINI-haastattelun tuloksia ja useimmilla potilailla kliininen diagnoosi oli jo asetettu ennen tutkimusdiagnoosia. Näin ollen MINI-haastattelujen tekijät tiesivät kliiniset diagnoosit haastatteluja tehdessään.

Tulosten perusteella erityisesti ahdistuneisuushäiriöiden diagnostiikkaan tulee kiinnittää jatkossa enemmän huomiota. Kun masennustila todetaan, voisi strukturoidusti käydä läpi myös ahdistuneisuushäiriöiden pääoireet ja pitkittyneessä masennustilassa ohjelmoida herkästi SCID-haastattelun, mikäli esiintyy epävarmuutta diagnoosin suhteen. Masennustilan diagnosointi on hyvinkin herkkää, mutta tarkkuudessa on parantamisen varaa. Selvillä oireilla diagnosointi onnistuu ensimmäisellä käyntikerralla, mutta mikäli epävarmuutta oireista on, voisi mieluummin pyytää potilasta seurantakäynnille ja arvioida häiriön kulkua pidemmällä aikavälillä. Tällä tavoin ylimääräisiä masennustiladiagnooseja voitaisiin mahdollisesti välttää. Pääteiden käytöstä kysyttäessä olisi hyvä myös käyttää objektiivisempia mittareita kuin vain kysyä esimerkiksi suurpiirteinen arvio viikoittaisesta alkoholinkulutuksesta. Potilaat itse eivät myöskään välttämättä koe alkoholin käyttöönsä ongelmana, vaikka käyttö täyttäisi selvästi ongelmakäytön kriteerit.

5 LÄHTEET

World Health Organization. Depression and other Common Mental Disorders, Global Health Estimates. 2017. WHO/MSD/MER/2017.2

Markkula N ym. Masennushäiriöiden esiintyvyys on Suomessa lisääntynyt. Duodecim Lääketieteellinen aikakauskirja, 2015. 131(1):89

Käypä hoito: Depressio (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016. www.kaypahoito.fi

Kampman O, Heiskanen T, Holli M, Huttunen MO, Tuulari J (toim.). Masennus. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2017 (432 s.). Kampman O. Ahdistuneisuushäiriöt ja masennus, luku 15 (ss. 210-6). Persoonallisuushäiriöt ja masennus, luku 16 (ss. 218-32)

Jylhä P, Melartin T, Isometsä E. Relationships of neuroticism and extraversion with axis I and II comorbidity among patients with DSM-IV major depressive disorder. Journal of Affective Disorders, 2009. 114:110-121

Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T (toim.). Psykiatria. 11. painos. Kustannus Oy Duodecim, 2014.

Käypä hoito: Alkoholiongelmaisen hoito (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016. www.kaypahoito.fi

Käypä hoito: Alkoholinkäytön ongelmakäytön määritelmät ja diagnoosit (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016. www.kaypahoito.fi

Furman B ja Huttunen M. Psykiatrisen diagnostiikan kehittäminen. Duodecim Lääketieteellinen Aikakauskirja, 1985. 101:1645-1653

Spitzer R et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III (SCID). Archives of general psychiatry, 1992. Issue 8, vol 49:624-629

Nordgaard et al. Assessing the diagnostic validity of a structured psychiatric interview in a first-admission hospital sample. World Psychiatry, 2012. Oct 11(3): 181–185

Segal D. Diagnostic Interview Schedule for DSM-IV (DIS-IV). Corsini Encyclopedia of Psychology, 2010. 1–2

Andrews G, Peters L. The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 1998. Feb;33(2):80-8

Sheehan D et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. Clin Psychiatry, 1998. 59(suppl20):22-33

Perlmutter J, Mink J. Deep brain stimulation. Annu Rev Neurosci, 2006. 29;229-257

Aan Het Rot M, Zarate CA Jr, Charney DS ym. Ketamine for depression: where do we go from here? Biol Psychiatry 2012. 72:537-47

Ostrobothnia Depression Study, Clinical Trials NCT02520271

Kampman O, Lassila A. Samanaikaisen mielenterveys- ja päihdeongelman hoitoon on kehitetty integroitu arviointimalli. Suomen Lääkärilehti, 2007. 62:47;4447-51